

**Special Supplemental Nutrition Program for
Women, Infants, and Children (WIC)
Assistance Documentation Form
(Supplement to Application for Income Eligibility)**

This form should be completed if applicant indicates that no one in his/her household is earning wages.

Section I. Assistance Provided to applicant

I, _____, certify that _____
(name of person providing residence and/or support) (name of applicant)

Check all that apply:

- Receives \$ _____ a month from me as a regular contribution to his/her income.
 Is supported by me in that I pay for his/her expenses, but I do not provide him/her with cash assistance.

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of assistance. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person providing residence and/or support) (phone #) (date)

Section II. No Assistance Provided to Applicant

This section may be completed by any of the following persons: staff of church, legal-aid, social-service agencies, school, doctor, public health nurse, and elected public officials. The above named persons must be unrelated to the applicant and not live in his/her household, and may not be employed by WIC.

To the best of my knowledge, neither _____, nor any member of _____
(name of applicant)

his/her household has any cash income or receives any outside assistance (non-cash).

By signing this form, I affirm that the above information is an accurate statement of income. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

(signature of person completing form) (title)

(agency/employer name) (address)

(phone #) (date)

In accordance with federal law and the U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Ave. S.W., Washington, D.C. 20250-9410, or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal-opportunity provider and employer.



**Programa Especial de Nutrición Suplementaria
Para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**
Formulario Para Documentación de Ayuda de Sustento
(Anexo a la Solicitud para Elegibilidad de Ingreso)

Este formulario se debe llenar si el/la solicitante indica que nadie en su familia está recibiendo un salario

Sección I. Ayuda Proveída al Solicitante

Yo, _____, certifico que _____
(nombre de la persona proveyendo ayuda y/o apoyo) (nombre de el (la) solicitante)

Marque todas las que sean pertinentes:

- Recibe \$ _____ por mes de parte mia como una contribución regular a su ingreso.
 Está siendo sustentado(a) por mi ya que yo pago por sus gastos, pero no le proveo con ayuda en dinero.

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información anteriormente mencionada es una declaración correcta de ayuda. Yo entiendo que si yo deliberadamente omito o doy información falsa, el(la) solicitante y/o los miembros de su familia pueden ser descalificados de WIC, o penado por la ley, o ambos.

(firma de la persona que está proveyendo residencia y/o apoyo)

(número de teléfono #)

(fecha)

Sección II. No se le Provee Ayuda al Solicitante

Este sección puede ser llenada por cualquiera de las personas siguientes: personal de la iglesia, asistente legal, agencias de servicios sociales, escuela, doctor, enfermero(a) de la salud pública, y funcionarios públicos elegidos. Las personas anteriormente mencionadas no deben ser parientes del solicitante, no deben vivir en su casa, y no deben ser empleados de WIC.

Que yo sepa, ni _____, ni ningún otro miembro de su familia
(nombre de el(la) solicitante)

recibe un salario ni recibe ayuda externa (en dinero no).

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información anteriormente mencionada es una declaración correcta de ingreso. Yo entiendo que si yo deliberadamente omito o doy información falsa, el(la) solicitante y/o los miembros de su familia pueden ser descalificados de WIC, o penado por la ley o ambos.

(firma de la persona llenando el formulario)

(título de su puesto)

(nombre de la agencia/del empleador)

(dirección)

(numero de teléfono)

(fecha)

En cumplimiento con lo establecido por las leyes federales y los reglamentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América (USDA), esta institución prohíbe discriminar a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, favor de escribir al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Ave.S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llamar al (202) 720-5964 (sistema de voz o si tiene un impedimento auditivo). El USDA ofrece igualdad en las oportunidades de servicios y empleo para todos.

